

Dossier d'Inscription

IDENTITE

NOM :

(En lettres capitales SVP)

Prénom :

Date de naissance :

Profession : Infirmier(e) Diététicien(ne) Kinésithérapeute
 Puéricultrice Aide-soignant(e) Psychologue
 Assistante sociale Pédiacre/Podologue Autre (préciser).....

Fonction : Cadre Non cadre Cadre supérieur

Année du diplôme :

Secteur d'activité : Hospitalier Libéral Réseau Maison du diabète Autre (préciser)

.....

ADRESSES

Adresse professionnelle :

Hôpital Service.....

N° Voie :

Code Postal Ville Pays

Téléphone Télécopie.....

Adresse personnelle :

N° Voie :

Code Postal Ville Pays

Téléphone Télécopie.....

Adresse électronique

Adresse correspondance : Adresse professionnelle Adresse personnelle

FORMATION PROFESSIONNELLE & FORMATION CONTINUE

Diplômes / Certificats :

Séminaires

Journées de formation :

PARCOURS PROFESSIONNEL

ACTIVITES AUPRES DES PATIENTS DIABETIQUES *(Actuellement)°*

Soins :

Education :

Réseau Ville-Hôpital :

Autres activités :

AUTRES ACTIVITES PROFESSIONNELLES

Autres fonctions :

Autres associations professionnelles :

TRAVAUX/PUBLICATIONS/ENSEIGNEMENT *(des 5 dernières années)*

MOTIVATIONS POUR ACQUERIR LA QUALITE DE MEMBRE

A renvoyer à :

ALFEDIAM Paramédical
Christine KAVAN
88 rue de la Roquette
F – 75011 PARIS